

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Rappel :

L'original de ce certificat médical doit être remis au club dans lequel **NOM PRENOM**, né(e) le **jj/mm/aaaa**, s'affilie pour la saison 2018-2019.

Une version scannée de ce certificat médical doit être déposée sur le formulaire d'affiliation dématérialisée du demandeur (étape 4 du formulaire d'affiliation sur le site www.ovale2.ffr.fr).



CERTIFICAT MEDICAL NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Article 234 des règlements généraux

ZONE RESERVEE AU MEDECIN

NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS POUR CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Le Comité médical de la FFR et ses différents experts ont rédigé le document « Visite médicale de non contre-indication à la pratique du rugby / Aide à la consultation » que vous pouvez consulter sur le site www.ffr.fr à la rubrique : AU CŒUR DU JEU / COMITE MEDICAL / REGLEMENT MEDICAL. En cas d'interrogation, vous pouvez joindre le Président de la Commission médicale de votre ligue régionale.

Pour les joueurs de plus de 35 ans, un avis cardiologique de non contre-indication à la pratique du rugby est conseillé.

Pour les joueurs et arbitres de plus de 40 ans, des examens complémentaires sont obligatoires (voir sur site FFR « DOCUMENT MEDICAL POUR LICENCE » en fonction de la pratique et de l'âge.)

Je soussigné(e),

Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

Titre et qualification : _____

Adresse : _____

atteste que **NOM PRENOM** ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

- A la pratique du rugby en compétition, y compris aux postes de 1^{ère} ligne
- A la pratique du rugby en compétition, sauf aux postes de 1^{ère} ligne
- A la pratique de l'arbitrage en compétition
- Pour entraîner

Indiquez le nombre de cases cochées ci-dessus : 1, 2, 3, 4

NB : La validation de la non contre-indication à la pratique du rugby en compétition valide aussi la pratique de l'arbitrage en compétition et/ou la pratique de l'entraînement.

Le présent certificat a été établi à la demande du patient (ou de son représentant légal) et lui a été remis en main propre.

Aucune rature n'est autorisée.

Signature et cachet obligatoires du praticien : _____

Date : _____

N° d'enregistrement au Conseil de l'Ordre : _____

Validité du document

- **Un an** à compter de la certification par le médecin.
- Consultation auprès d'un **docteur en médecine** avec présentation des examens obligatoires.

Mentions obligatoires

- **Identité du patient** (nom, prénom, date de naissance).
- **Identification du médecin** (nom, prénom, adresse, qualité).
- **Date** de l'examen.
- **Constatations** médicales et **conséquences** résultant de l'examen.
- Acte établi à la **demande du patient** (ou représentant légal) et **remis en main propre**.
- **Signature manuscrite** du médecin.
- **Cachet** du médecin.

ASSURANCES

ZONE RESERVEE A L'AFFILIE

Je reconnais avoir pris connaissance sur mon formulaire d'affiliation (Etape 3 du formulaire sur le site www.ovale2.ffr.fr) :

- 1/ des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.
- 2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure ci-dessous (bouton "Prendre connaissance des assurances et des options facultatives").
- 3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.
- 4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 4,5 à 6 M€ maximum pour les IPP importantes.

Je confirme avoir choisi l'option suivante :

- Option 1 : Je décide de souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes
Option 2 : Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause.

Date :

Signature du demandeur

(Représentant légal si le demandeur est mineur)

Extrait de l'arrêté du 09 juillet 2018 fixant les caractéristiques de l'examen médical relatif à la délivrance du certificat médical :

[...] Pour la pratique du rugby à XV et à VII :

- a) De 12 à 39 ans, en compétition ou hors compétition, une attention particulière est portée sur :
 - l'examen cardio-vasculaire ;
 - l'examen du rachis ;
- b) A partir de 40 ans, en compétition :
 - il est complété par la réalisation d'une remnographie cervicale tous les 2 ans pour les joueurs de première ligne entre 40 et 44 ans et, à partir de 45 ans, tous les ans pour les joueurs de première ligne et tous les 2 ans pour les joueurs des autres postes ;
 - une attention particulière est portée sur l'examen cardio-vasculaire et sur la surveillance du bilan biologique glucido-lipidique ;
- c) A partir de 40 ans, hors compétition, une attention particulière est portée sur :
 - l'examen du rachis cervical ;
 - l'examen cardio-vasculaire et sur la surveillance du bilan biologique glucido-lipidique.